様式第１号（第５条関係）

飛驒市特定不妊治療・不育症治療通院助成金申請書兼請求書

年　　月　　日

　飛驒市長　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　飛驒市特定不妊治療・不育症治療通院助成金を次のとおり請求します。なお、助成金の交付が決定された場合は、当該交付決定の日をもって下記の助成金を請求します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 請求額 | 金　　　　　　　円 |

往復の距離　　　　　（㎞）×20円×回数　　　（回）

※往復の距離に１㎞未満端数がある場合は切り捨てる。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | 生年月日 |  |
| どこから通院したか | ・住所地・その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療機関 | 所在地：名　称： |
| 　　　距　離 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㎞ |
| 通院日 | 月　　　日　　　　　月　　　日　　　　月　　　日月　　　日　　　　　月　　　日　　　　月　　　日月　　　日　　　　　月　　　日　　　　月　　　日月　　　日　　　　　月　　　日　　　　月　　　日月　　　日　　　　　月　　　日　　　　月　　　日 |
| 　　　　通院回数（　　　　　）回 |
| 備　考 | 通院の状況が確認できる書類を添付すること |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 振込先 | 口座等 | ふりがな口座名義 |  |
|  |
| 金融機関名（ゆうちょ銀行以外） | 銀行・信用金庫・信用組合・農協 |
| 本店・支店 |
| 種別 | 当座・普通 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| ゆうちょ銀行 | 通帳記号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備　　　考 |  |